

FORM S - 82 -0907

DENUNCIA DE SINIESTRO ACCIDENTES PERSONALES

Casa Central:Av. Leandro N. Alem 530, Piso 1 - (C1001AAN) CAPITAL FEDERAL - Tel.: (011) 5236-4300 / e-mail: casacentral@beneficlo.com.ar Sede Administrativa: Córdoba 1015 - Piso 2 - Oficina 7 - (2000) ROSARIO. - Tel.: (0341) 527-1071 - e-mail: beneficlo@beneficlo.com.ar Agencia Salta:Santiago del Estero 788 Local 6 - (4400) SALTA - Tel.: (0367) 486-1925 / e-mail: salta@beneficlo.com.ar

www.heneficloweb.com.s

DATOS DEL TOMADOR
Apellido y Nombre: Nro.Cliente:
Domicilio:
Nro. Póliza:Vigencia desde:Vigencia hasta:
Riesgo amparado:
DATOS DEL ASECUDADO ACCIDENTADO
DATOS DEL ASEGURADO ACCIDENTADO
Apellido y Nombre:Edad:
Domicilio: Localidad:
Tipo y número de Doc.: Nacionalidad:
Actividad: Estado civil: Es zurdo o diestro:
<u>LS 20100 0 diestro.</u>
DATOS DEL SINIESTRO
Fecha del accidente:/Hora: Lugar de ocurrencia:
Relatar cómo ocurrió el accidente:
Describir lesiones sufridas:
Tareas que realizaba el accidentado al momento del accidente:
Fecha de abandono del trabajo:/
Nombre del médico o establecimiento que prestó los primeros auxilios:
Nombre del médico que atiende actualmente al accidentado: Se presta asistencia médica en: (consultorio, sanatorio, hospital, etc.):
Se presta asistencia medica en. (consultono, sanatorio, nospital, etc.).
OBSERVACIONES
Se instruyó sumario policial o penal ?:
Indicar Secretaría y Juez interviniente:
Ha sufrido el accidentado otros siniestros antes del actual?:
Beneficiarios:
Lugar y fecha:
Documentación: La presente denuncia, debe ser presentada en la casa central o las respectivas sucursales dentro de las 72 horas de ocurrido el siniestro, teniendo en cuenta que la misma debe estar completa en todos sus espacios - sin excepción Es importante describir cómo ocurrió el accidente en forma detallada Dentro de los 10 días de ocurrido el siniestro, se deberá presentar el certificado médico y demás documentación médica (historia clínica, protocolo operatorio, etc.)
Firma, Aclaración y DNI Firma, Aclaración y DNI del Tomador y/o Beneficiario del Asegurado